

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ЖИВОТА

*Шиленок В.Н., Гецадзе Г.Н., Соболев В.Н., Ковалева Л.А.
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Больница скорой медицинской помощи, г. Витебск

Введение. Для закрытия грыжевых отверстий специалисты средневековья, а это были в основном цирюльники, использовали нити из золота, серебра, олова, бронзы, меди, железа. Грыжи лечили с помощью булавок, винтов, гвоздей из дерева, железа, слоновой кости и т.д. T.Billroth высказал: «Если можно было бы искусственно создать ткань, по плотности и крепости равную фасции и сухожилию, то секрет радикального излечения грыж был бы найден!» (В.Н.Египев и др., 2003 г.). История аллопластики насчитывает более 100 лет. Witzel (1900) использовал сетку из серебра. Позже использовались сетки из нержавеющей стали, тантала, однако применение металлических сеток не получило распространения из-за их способности окисляться, распадаться. Muggau (1906) применял резину и каучук, но эти материалы вызывали выраженную воспалительную реакцию тканей, не оправдали надежд капрон и лавсан.

В 1959 году F.Usher успешно применил новый синтетический материал – полипропилен. J. Lichtenstein (1986) укрепил заднюю стенку пахового канала без натяжения тканей. Эта методика получила наиболее широкое применение в мире. М.Е.Аттеки (1991) первым сообщил о своем опыте лапароскопического предбрюшинного протезирования.

Материалы и методы. В период с 2003 по 2005 годы в I-ом и во II-ом хирургическом отделении факультетской клиники ВГМУ, на базе больницы скорой медицинской помощи произведено 60 грыжесечений различных локализаций. Из них:

- паховые грыжи – 38,
- рецидивные паховые грыжи – 7,
- послеоперационные вентральные грыжи - 15, в т.ч. 3 рецидивные.

Произведены пластики грыжевых ворот: при паховых грыжах по Лихтенштейну – 16, по Шолдейсу – 29, при послеоперационных вентральных грыжах – пластика «on lay» - 14, пластика «in lay on lay» - 1.

Результаты и обсуждения. Послеоперационный период после грыжесечений при паховых грыжах протекал благоприятно. Все боль-

ные выписаны на 8-10 сутки. Всем больным произведено УЗИ области операционной раны.

При послеоперационных вентральных грыжах первое УЗИ области операционной раны производилось на 4-5 сутки. При обнаружении скопления жидкости более 150 мл вокруг сетки нами производилась пункция серомы со срочным цитологическим контролем. Исследовались цитологический спектр и лейкоцитарная формула содержимого.

Шести больным пункция не понадобилась, т.к. объем серомы составлял менее 150 мл. Шести больным понадобилась однократная пункция. При выписке производилось контрольное УЗИ области операционной раны.

У 2-х больных пункция серомы производилась 4 - 6 раз. У одной больной Р., история болезни № 223, 1950 г.р., после грыжесечения гигантской послеоперационной многокамерной грыжи методом «on lay» производились пункции в период с 1.02.05 по 22.03.05 с частотой 1 раз в 6-7 дней. В первые дни пункции производились 1 раз в 3 дня. Частота пункции зависела от количества жидкости вокруг сетки. У данной больной полоса жидкости составляла 8-10 см. Первые 2 пункции производились стационарно. Всего произведено 14 пункций. При контроле УЗИ через 7 дней после последней пункции жидкость не обнаружена.

Трудно согласиться, что не следует производить пункции серомы в виду их самостоятельного разрешения (Славин Л.Е. и др., 2005 г.). Так у одной больной Т., история № 2763 серома объемом до 500 мл сохранялась в течение 2-х месяцев, и даже запоздалые пункции не способствовали её ликвидации. Серома ликвидирована на повторной операции после иссечения её стенок. Больная выписана с хорошим отдаленным результатом.

Таких осложнений, как кровотечение, повреждение органов брюшной полости, невралгии, миграции сетки в нашей клинике не наблюдалось.

За указанное время рецидивов грыж при аллотрансплантации полипропиленовой сеткой не выявлено.

Выводы.

1. Операция герниопластика с аллотрансплантацией полипропиленовой сеткой технически проще, легко переносится больными, т.к. не повышает внутрибрюшного давления и не уменьшает экскурсию легких и может шире применяться при сопутствующей патологии сердечно-сосудистой и легочной систем.

2. При больших послеоперационных грыжах мы предпочитаем УЗИ-контроль и пункцию серомы, если её объем превышает 150 мл, с обязательным цитологическим контролем для своевременного выявления воспаления.

3. Рецидивов после таких операций нами не выявлено, хотя их общего числа оперированных грыж у 10 больных были рецидивы после предыдущих натяжных методов герниопластики.

Литература:

1 Егисев В.Н., Лядов к В , Воскресенский П.К. Атлас оперативной хирургии грыж - Москва, 2003

2 Славин Л.Е., Федоров И В , Сиган Е.И. Осложнения хирургии грыж живота – Москва, 2005